

PLEASE ATTACH PATIENT LABEL OR PROVIDE:  
 NAME \_\_\_\_\_  
 MRN \_\_\_\_\_ FIN \_\_\_\_\_

**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas**  
**Suplemento Para la Hoja de Información Sobre la Vacuna Contra la Rabia**

*Instrucciones para el médico o la clínica (Instructions for physician/clinic):*

*Review and complete the information with the patient, obtain necessary signatures, and file the consent in the patient's chart.*

- Estoy de acuerdo en que la persona mencionada a continuación reciba la vacuna contra la rabia o la inmunoglobulina contra la rabia humana (HRIG) indicadas a continuación.
- Recibí o se me ofreció una copia de la declaración de información sobre vacunas (VIS) de la vacuna contra la rabia y la HRIG arriba mencionadas.
- Conozco los riesgos de la enfermedad que la vacuna contra la rabia y la HRIG previenen.
- Conozco los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la rabia y la HRIG.
- He tenido oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna contra la rabia y la HRIG, y sé cómo se dan la vacuna contra la rabia y la HRIG.
- Sé que a la persona mencionada a continuación se le pondrá la vacuna contra la rabia o la HRIG en el cuerpo para prevenir la enfermedad.
- Soy un adulto que legalmente puede dar el consentimiento por la persona mencionada a continuación para que le den la vacuna la rabia o la HRIG y de forma libre y voluntaria doy mi permiso firmado para la vacuna contra la rabia o la HRIG.

Preparación o preparaciones dadas:  Inmunoglobulina contra la rabia humana (HRIG)  Vacuna contra la rabia

Información sobre la persona a recibir la vacuna contra la rabia o la inmunoglobulina contra la rabia humana (HRIG)(por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre de pila	Inicial de 2.º nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad
Dirección		Ciudad	Condado	Estado <b>TX</b>
				Código postal
X _____ Firma de la persona a recibir la vacuna contra la HRIG o la rabia o la persona autorizada para hacer la petición (padre o tutor legal):			Fecha _____ (mm/dd/aa)	
X _____ Firma de la persona que revisó este formulario con el receptor de la vacuna contra la rabia o la HRIG (testigo)			Fecha _____ (mm/dd/aa)	
X _____ Firma del médico responsable			Fecha _____ (mm/dd/aa)	

**SÓLO PARA USO CLÍNICO (FOR CLINIC USE ONLY)**

Clinic ID \_\_\_\_\_

VACCINE	DOSAGE	DATE	LOT NO.
HRIG			
#1 HDCV/PCEC			
#2 HDCV/PCEC			
#3 HDCV/PCEC			
#4 HDCV/PCEC			
#5 HDCV/PCEC			

**Notificación Sobre Privacidad** - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas retiene sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004).

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

**Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.**

**Instructions: File this consent statement in the patient's chart.**

